

Health Promoting Behaviors in Veterans in Ilam Province

Chenary R.¹MSc, Noroozi A.^{2*} PhD, Tahmasebi R. PhD^{3,4}

¹Department of Health Education, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

²Department of Health Education, Faculty of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

*³Department of Biostatistic, Faculty of Health, Bushehr University of Medical Sciences
Bushehr, Iran*

*⁴The Persian Gulf Marine Biotechnology Research Center, Bushehr University of
Medical Sciences, Bushehr, Iran*

Abstract

Aims: This study was an attempt to examine the health promoting behaviors in chemical veterans in Ilam province, Iran in 2012-13.

Methods: It was a cross-sectional study on the entire population of moderate and severe chemical veterans under the support of the Department of Veterans and Martyrs of Ilam province. Data collection was done using Health Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) with six subscales.

Results: The mean age of the sample was 51.17 ± 8.87 . The mean score of HPLP II was 129.29 ± 29.94 . The maximum score one could obtain was 208. The highest score was in the spiritual growth subscale and the lowest score was in the physical activity subscale. The type of injury was a good predictor of health promoting behaviors, as neurotic-chemical veterans had the least amount of these behaviors ($R^2 = 2.9\%$).

Conclusion: Considering the inappropriate state of health promoting behaviors especially physical activities in neurotic-chemical veterans, the implementation of interventional programs for increasing these behaviors are strongly recommended.

Keywords: Health Promotion, Health Behavior, Chemical Veteran.

بررسی وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان شیمیایی

استان ایلام سال ۹۲-۱۳۹۱

رقیه چناری^۱ MSc، آریتا نوروزی^۲ PhD*، رحیم طهماسبی^۳ PhD و^۴

^۱ گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۲ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۳ گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۴ مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی دریایی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

چکیده

اهداف: مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان شیمیایی استان ایلام طراحی شده است. **روش ها:** این پژوهش، مطالعه ای مقطعی است که جامعه مورد مطالعه آن، کلیه جانبازان شیمیایی سطح متوسط و شدید تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران استان ایلام می باشند. جمع آوری اطلاعات به صورت تمام شماری بوده و از پرسشنامه استاندارد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با شش خرده مقیاس استفاده گردید. پس از جمع آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آزمون های آماری مناسب انجام شد.

یافته ها: در این مطالعه میانگین سنی نمونه ها ۵۱/۱۷ با انحراف معیار ۸/۸۷ بود. میانگین و انحراف معیار نمره کلی رفتارهای ارتقاء سلامت ۲۹/۹۴ ± ۱۲۹/۲۹ از نمره کل ۲۰۸ بود. بالاترین نمره در زیر مقیاس رشد معنوی و کمترین نمره در زیر مقیاس فعالیت فیزیکی بدست آمد. نوع جانبازی پیشگویی کننده رفتار ارتقاء سلامت بوده بطوریکه جانبازان شیمیایی - عصبی کمترین رفتارهای ارتقاء سلامت را انجام می دادند (ضریب تبیین ۲/۹٪).

نتیجه گیری: با توجه به وضعیت نامطلوب رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بویژه فعالیت بدنی در بین جانبازان شیمیایی - عصبی، برنامه های مداخلاتی جهت افزایش این رفتارها توصیه می گردد.

کلید واژه ها: ارتقاء سلامت، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، جانباز شیمیایی

مقدمه

امروزه استفاده از سلاح های شیمیایی در سطح بین الملل به عنوان یکی از موضوعات مهم مطرح بوده (۱) و رژیم بعثی عراق در طی جنگ با ایران بدون در نظر گرفتن مقررات بین الملل از این سلاح ها علیه رزمندگان ایران استفاده نمود (۲). در این رابطه برآورد اپیدمیولوژیک نشان داد که حدود ۱۱۰۰۰۰ مجروح شیمیایی در طی جنگ میان ایران و عراق بر جای مانده که چه بسا به دلیل عوارض ناشناخته و دیررس گازهای شیمیایی، آمار یاد شده متغیر بوده و سیر صعودی داشته باشد (۳). استفاده از تسلیحات شیمیایی توسط رژیم عراق در استان ایلام نیز منجر به مرگ تعدادی از افراد نظامی شد و علاوه بر آن تعدادی مجروح شیمیایی نیز بر جای گذاشت.

تماس با سلاح های شیمیایی به عنوان یکی از حوادث بسیار شدید تروماتیک می تواند با ناتوانی و اضطراب، از دست دادن امنیت و ناتوانی های فیزیکی مزمن همراه باشد (۴). بررسی ها نشان داده است که اختلال استرس بعد از تروما میان افرادی که مواجهه با گازهای شیمیایی داشته اند با افرادی که با شدیدترین استرس های ناشی از تروما مواجهه داشتند قابل مقایسه است (۵). در بازماندگان جنگ های شیمیایی در مقایسه با آسیب دیدگان از جنگ های نه چندان شدید، احتمال وقوع علائم افسردگی و اضطراب به ترتیب ۷/۲ و ۱۴/۶ برابر بیشتر بوده است (۴). علاوه بر مشکلات روحی و روانی ذکر شده، اصلی ترین عامل شیمیایی استفاده شده در جنگ تحمیلی یعنی گاز خردل، می تواند موجب عوارض متعددی در اندامهای مختلف بخصوص دستگاه تنفسی، چشم و پوست گردد (۵). بعلاوه، عوارض روحی و جسمی ذکر شده در جانبازان به صورت مزمن و پیش رونده وجود داشته و به عنوان یک بیماری مزمن به طور مداوم کیفیت زندگی آسیب دیدگان را تحت تأثیر قرار می دهد (۶).

امروزه علاوه بر نشانگرهای سنجش سلامتی مانند ابتلا به بیماری، ناتوانی و غیره، کیفیت زندگی، مخصوصاً در جمعیت های خاص از جمله جانبازان، توجه فراوانی را به خود جلب نموده است (۷). مطالعه ای مقطعی که توسط خانی و همکاران بر روی ۲۵۶ نفر از جانبازان قطع عضو در استان مازندران به منظور بررسی کیفیت زندگی انجام شد، نشان داد که اکثریت این افراد از سطح کیفیت زندگی قابل قبولی برخوردار نیستند (۸). در جانبازان شیمیایی با ضایعات شدید ریوی نیز نمره کیفیت زندگی در تمام حیطه ها به طور قابل ملاحظه ای پایین تر از کیفیت زندگی جمعیت عمومی بود (۹). بنابراین مطالعاتی که تاکنون کیفیت زندگی جانبازان را مورد سنجش قرار داده است همگی نشان دهنده

پایین بودن کیفیت زندگی جانبازان و بالأخص جانبازان شیمیایی است. لذا تلاش برای بهبود کیفیت زندگی این افراد مورد تأکید می باشد.

کیفیت زندگی در حقیقت هدف آرمانی مراقبت های بهداشتی است و میزان تأثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می نماید. بر این اساس یک خدمت بهداشتی، زمانی مطلوب و شایسته است که کیفیت زندگی را به همراه کمیت زندگی افزایش دهد (۱۰). بر طبق تئوری های نظریه پردازان، سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت تأثیرات مثبتی بر کیفیت زندگی دارد، بطوریکه افراد با سبک زندگی ارتقاء دهنده، سالم تر بوده و بار بیماری و ناتوانی کمتری خواهند داشت (۱۱، ۱۲). آمار ارائه شده در مورد دلائل اصلی مرگ و میر، بیانگر آن است که ۵۳٪ از علل مرگ و میرها به سبک زندگی و رفتارهای غیر بهداشتی مربوط است (۱۲). سازمان بهداشت جهانی، ارتقاء سلامت را فرآیند قادرسازی مردم برای افزایش کنترل رفتاری و بهبود سلامت تعریف نموده که با ایجاد تغییراتی در افراد، گروه ها، نهادها و سیاست های سازمانی موجب بهبود سلامت مردم می شود (۱۳). پروفیسور پندر ارتقای سلامت را فرآیندی پویا و مثبت می داند که شامل رفتارهای سبک زندگی سالم یعنی فعالیت جسمانی، تغذیه، رشد معنوی، روابط بین فردی، مدیریت استرس و مسئولیت سلامتی می باشد. وی رفتار ارتقاء دهنده سلامت را انجام داوطلبانه فعالیت های روزمره زندگی می داند که تأثیر مهمی بر وضعیت سلامت فرد داشته و از عوامل جمعیت شناختی، محیطی و اجتماعی نشأت می گیرند، به عبارتی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت الگویی چند بعدی از رفتارهای خود جوش می باشد که برای حفظ و ارتقای سطح سلامت، خود شکوفایی و کمال فردی به کار می رود (۱۴). بنابراین ایجاد رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و در نهایت پیشگیری و حتی درمان مشکلات جسمی و روانی افراد و گروه ها، به ویژه گروه جانبازان گردد.

در مطالعه کالاکان که با هدف بررسی رابطه خودکارآمدی با انجام رفتارهای ارتقاء دهنده خود مراقبتی در افراد سالمند انجام شد (۱۵)، مشخص گردید که رشد معنوی به عنوان یکی از زیر مقیاس های رفتار ارتقاء دهنده، باعث افزایش انجام رفتار خود مراقبتی در افراد سالمند می شود. همچنین در مطالعه ای دیگر در سال ۲۰۰۱ توسط سالیس جهت توصیف سبک زندگی و وضعیت سلامت دریافت کنندگان عمل پیوند قلب، مشخص گردید که این افراد سطح رفتارهای ارتقاء دهنده شان در زندگی پایین بوده و رشد معنوی، بالاترین نمره و فعالیت بدنی نیز پایین ترین نمره رفتارهای ارتقاء سلامت را به خود اختصاص می داد (۱۶). نتایج مطالعه لویس با هدف توصیف وضعیت سلامت جانبازان بستری شده در مرکز

پژوهشگر سؤالات را برای وی خوانده و از جانباز خواسته می شد تا پاسخ صحیح را انتخاب کند. لازم به ذکر است که در کلیه مراحل انجام مطالعه اطلاعات شخصی جانبازان (اعم از اسم، آدرس، درصد جانبازی و ...) به صورت محرمانه فقط در اختیار پژوهشگر بود.

در شروع مطالعه، جهت بررسی روایی، پرسشنامه ترجمه شده به همراه اهداف تحقیق در اختیار ۶ نفر از اساتید آموزش بهداشت قرار گرفت تا نظرات اصلاحی خود را بیان نمایند، بعد از اعمال تغییرات جزئی، جهت تعیین صراحت و پایایی ابزارها، تعداد ۵۰ نفر از جانبازان وارد مطالعه شده و از آنان درخواست گردید تا در مورد سادگی سؤالات پرسشنامه نظر دهند. بعد از تأیید صراحت پرسشنامه و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، کلیه جانبازان به صورت تمام شماری وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه ای دو بخشی بود، که بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک جانباز (سن، درصد جانبازی، نوع جانبازی، وضعیت رزمندگی، شغل، وضعیت تأهل و نوع خانواده یا سکونت) و بخش دوم نسخه ترجمه شده مقیاس سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت دو بود. پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت جهت اندازه گیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت استفاده می شود. این ابزار توسط والکر، سچریست و پندر ارائه گردیده است. این پرسشنامه شامل ۵۲ سؤال با مقیاس لیکرت ۴ سطحی از هرگز (۱ نمره) تا همیشه (۴ نمره) بوده و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را در ۶ بعد مسئولیت پذیری سلامتی (۹ سؤال)، فعالیت جسمانی (۸ سؤال)، تغذیه (۹ سؤال)، رشد معنوی (۹ سؤال)، روابط بین فردی (۹ سؤال) و مدیریت استرس (۸ سؤال) اندازه گیری می نماید. از آنجا که هر یک از ابعاد با تعداد سؤالات مختلف اندازه گیری می شود، بنابراین میانگین نمرات مورد بررسی قرار گرفت. والکر و همکاران شاخص آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۹۴ گزارش کرده اند (۱۸). در بررسی مقدماتی ابزارها در این مطالعه، آلفای کرونباخ ابزار ۰/۹۲ محاسبه گردید. مقدار این شاخص در زیر مقیاسهای ابزار از ۰/۸۲ برای بُعد رشد معنوی تا ۰/۶۷ برای بُعد تغذیه متغیر بود.

پس از جمع آوری اطلاعات از کل نمونه ها، اطلاعات وارد نرم افزار SPSS 20 شد. جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از آزمون آنالیز واریانس و در مورد ارتباط متغیرهای کمی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. در این مطالعه متغیرهای دموگرافیک پیشگویی کننده رفتار ارتقاء دهنده سلامت نیز توسط رگرسیون خطی مورد بررسی قرار گرفتند. سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ بوده است.

خدمات جانبازی نشان داد که نمرات وضعیت سلامت آنها در همه سطوح و زیر مقیاس ها از افراد غیر بیمار پایین تر بود (۱۷). با توجه به آفت شدید کیفیت زندگی در جانبازان شیمیایی، شناخت رفتارهای ارتقاء دهنده زندگی که در ارتقاء کیفیت زندگی جانبازان موثر می باشد، از ضروریات است ولی متأسفانه تاکنون مطالعه ای در زمینه شناخت این رفتارها در جامعه جانبازان ایران انجام نشده است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان شیمیایی استان ایلام انجام گردید تا بتوان با شناخت وضعیت این رفتارها، راهکارها و توصیه های مناسبی جهت ارتقاء کیفیت زندگی و دستیابی به یک زندگی سالم در آنان ارائه نمود.

روش ها

پژوهش انجام شده مطالعه ای توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی است. جامعه آماری این مطالعه، کلیه جانبازان شیمیایی سطح متوسط و شدید تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران استان ایلام (بر اساس تقسیم بندی بنیاد مربوطه) می باشند. جمع آوری اطلاعات از کلیه جانبازان ساکن در شهرستان های متبوعه استان (ایلام، شیروان، ایوان، ملکشاهی، مهران، دهلران، آبدانان، دره شهر) انجام شد. معیار ورود در این مطالعه داشتن درصد جانبازی با سطح متوسط و یا شدید و نیز توان جسمی کافی جهت پاسخگویی به سؤالات بود. معیار خروج نیز عدم همکاری فرد و نداشتن سکونت دائم در استان ایلام در نظر گرفته شد.

جهت انجام مطالعه، ابتدا با مراجعه به بنیاد شهید و امور ایثارگران استان ایلام و ارائه معرفی نامه دانشگاه به آن بنیاد، مراحل اداری طی گشته و اجازه انجام پژوهش گرفته شد. سپس لیست کامل جانبازان شیمیایی تحت پوشش و اطلاعاتی شامل نام و نام خانوادگی، درصد جانبازی و شماره تماس آنها از بنیاد شهید و امور ایثارگران هر یک از شهرستان های ذکر شده دریافت گردید. بر اساس آمار دریافت شده از بنیاد، تعداد نمونه ها ۲۷۶ نفر بود. جمع آوری داده ها با مراجعه به درب منازل صورت گرفت و قبل از مراجعه به منزل، با جانبازان تماس تلفنی گرفته می شد و ضمن توضیح دلیل تماس، اهداف پژوهش نیز برای ایشان توضیح داده شده و جهت رعایت ملاحظات اخلاقی با کسب اجازه از فرد، آدرس منزل (یا با تمایل خود جانباز، آدرس محل کار وی) اخذ و زمان مراجعه جهت تکمیل پرسشنامه نیز مشخص می گردید. سپس با مراجعه به درب منزل جانباز، ابتدا سطح سواد فرد بررسی و در صورتیکه فرد قادر به خواندن سؤالات بوده و نیز مشکل بینایی نداشت، پرسشنامه جهت پاسخگویی در اختیار خود فرد قرار داده می شد. در صورتیکه فرد به تنهایی قادر به پاسخگویی نبود

نتایج

از کل ۲۷۶ جانباز مورد بررسی، ۳۷ نفر از مطالعه خارج شدند که به تفکیک، علت خروج آنان به شرح زیر بود: ۳ نفر به علت وضعیت نامناسب جسمانی قادر به پاسخگویی نبودند، تعداد ۶ نفر فوت شده بودند، ۲ نفر پرسشنامه را به طور ناقص تکمیل نمودند، ۱۳ نفر به خارج از استان مهاجرت کرده بودند و ۱۳ نفر نیز تمایل به همکاری نداشتند. بنابراین در نهایت تحلیل بر روی ۲۳۹ جانباز شیمیایی انجام گرفت (میزان پاسخگویی ۸۶/۶٪).

کلیه جانبازان مورد بررسی مرد بودند و میانگین سنی آنها ۵۱/۱۷ سال با انحراف معیار ۸/۸۷ بود. ۴۳/۹ درصد (۱۰۵ نفر) از آنها جانباز شیمیایی، ۱۳/۴ درصد (۳۲ نفر) جانباز شیمیایی - فیزیکی، ۳۷/۷ درصد (۹۰ نفر) جانباز شیمیایی - عصبی و ۴/۶ درصد (۱۱ نفر) هر سه نوع جانبازی را داشتند (۱ نفر نوع جانبازی را مشخص نکرده بود). از نظر درصد جانبازی، اکثر جانبازان درصد جانبازی کمتر از ۲۵٪ داشتند، معادل ۵۲/۳ درصد (۱۲۵ نفر)، ۲۷/۶ درصد (۶۶ نفر) جانباز ۳۰٪، ۹/۶ درصد (۲۳ نفر) جانباز ۳۵٪ و ۹/۲ درصد از افراد (۲۲ نفر) جانباز ۴۰ درصد و بالاتر بودند (در این مورد نیز سه نفر

درصد جانبازی خود را ذکر نمودند). به لحاظ وضعیت رزمندگی در زمان مصدومیت، اکثر افراد داوطلب بسیجی (۴۴/۴ درصد معادل ۱۰۶ نفر) و یا سرباز وظیفه (۳۲/۶ درصد معادل ۷۸ نفر) بودند و ۱۸/۴ درصد (۴۴ نفر) نظامی، و ۲/۹ درصد (۷ نفر) سایر وضعیت ها را داشتند (۴ نفر از افراد تحت مطالعه وضعیت رزمندگی خود را ذکر نکردند). از نظر شغل، ۳۵/۱ درصد (۸۴ نفر) افراد کارمند، ۳۴/۷ درصد (۸۳ نفر) مستمری بگیر، ۱۳/۰ درصد (۳۱ نفر) شغل آزاد و ۵/۴ درصد (۱۳ نفر) کشاورز بودند. البته ۱۱/۸ درصد (۲۸ نفر) شغل خود را گزارش نکردند. اکثر جانبازان یعنی ۹۹/۲ درصد (۲۳۷ نفر) از آنها متأهل و تنها ۰/۸ درصد (۲ نفر) غیر متأهل (یک نفر مطلقه و یک نفر مجرد) بودند. به لحاظ نوع سکونت، اکثر افراد (۹۷/۵ درصد یعنی ۲۳۳ نفر) با همسر و فرزندان و تنها ۱/۷ درصد (۴ نفر) فقط با همسر و ۰/۸ درصد (۲ نفر) تنها زندگی می کردند. در جدول شماره ۱ شاخصهای توصیفی (میانگین، انحراف معیار و دامنه تغییرات) و ضرایب پایایی، نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و زیر مقیاس های مربوط به آن آورده شده است. بیشترین نمره مربوط به زیر مقیاس رشد معنوی و کمترین نمره مربوط به فعالیت فیزیکی می باشد.

جدول ۱. شاخص های توصیفی و ضرایب پایایی رفتار ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد آن در جانبازان شیمیایی

شاخص	رفتار ارتقاء دهنده سلامت	مسئولیت پذیری سلامتی	فعالیت فیزیکی	تغذیه	مدیریت استرس	روابط بین فردی	رشد معنوی
میانگین	۲/۴۹	۲/۵۱	۱/۹۲	۲/۵۸	۲/۴۵	۲/۷۶	۲/۸۱
انحراف معیار	۰/۴۲	۰/۶۱	۰/۵۹	۰/۴۸	۰/۵۰	۰/۵۵	۰/۶۲
دامنه	۱/۴۲-۳/۵۰	۱/۲۲-۴/۰۰	۱/۰۰-۳/۶۲	۱/۳۳-۳/۶۷	۱/۰۰-۳/۸۸	۱/۳۳-۴/۰۰	۱/۳۳-۴/۰۰
آلفای کرونباخ	۰/۹۲	۰/۸۱	۰/۷۹	۰/۶۷	۰/۸۲	۰/۷۶	۰/۶۹

جهت بررسی ارتباط بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با متغیرهای دموگرافیک کیفی، از آزمون آنالیز واریانس استفاده شد که نتایج حاکی از عدم وجود ارتباط بین میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت با درصد جانبازی (۰/۹۱۹) و شغل بود (۰/۹۴۹). همچنین بین هیچ یک از زیر مقیاسهای رفتار ارتقاء دهنده سلامت و این دو ویژگی (رده های درصد جانبازی و شغل) ارتباط وجود نداشت.

بین نمره کلی رفتار ارتقاء دهنده سلامت و وضعیت رزمندگی ارتباط وجود نداشت (۰/۷۳۵)، اما بین نمره زیر مقیاس فعالیت فیزیکی با وضعیت رزمندگی ارتباط وجود داشت (۰/۰۰۰). بطوریکه در آزمونهای مقایسه ای تعقیبی (Post Hoc Tests) بین میانگین نمره زیر مقیاس فعالیت بدنی جانبازان بسیجی با جانبازان نظامی

($p=0/001$)، سربازان وظیفه ($p=0/015$) و سایر وضعیت های رزمندگی ($p=0/003$) تفاوت معنادار وجود داشته و جانبازان بسیجی از سایر گروهها فعالیت بدنی کمتری داشتند.

بین نمره کلی رفتار ارتقاء دهنده سلامت و نوع خانواده ارتباط وجود نداشت ($p=0/151$). به دلیل کم بودن افراد در گروه غیر متأهل بررسی در مورد زیر مقیاس ها انجام نشد.

بین نمره کلی رفتار ارتقاء دهنده سلامت و نوع جانبازی ارتباط وجود داشت ($p=0/005$)، در آزمونهای مقایسه ای تعقیبی بین میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت جانبازان شیمیایی با جانبازان شیمیایی - عصبی ($p=0/003$) و جانبازان شیمیایی - فیزیکی ($p=0/018$) اختلاف معنی داری وجود داشت. بطوریکه جانبازان شیمیایی به طور معناداری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت

وجود داشت و جانبازان شیمیایی رشد معنوی بیشتری نسبت به جانبازان شیمیایی-عصبی داشتند. شاخص های توصیفی رفتارهای ارتقاء سلامت و ابعاد شش گانه آن در سطوح مختلف متغیرهای کیفی در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جهت تعیین متغیرهای دموگرافیک پیشگویی کننده رفتار ارتقاء دهنده سلامت و همچنین قدرت تبیین کنندگی این متغیرها از تحلیل رگرسیون خطی استفاده شد.

جهت بررسی ارتباط بین سن با نمرات رفتار ارتقاء دهنده سلامت و زیر مقیاسهای آن از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. ضریب همبستگی نمره کلی رفتار ارتقاء دهنده سلامت و سن، -0.41 و غیر معنادار بود و تنها بین زیر مقیاس فعالیت بدنی و سن همبستگی معنادار وجود داشت ($p=0.004$) بطوریکه با افزایش سن میزان فعالیت بدنی کاهش می یافت ($r=-0.2$).

بر اساس مدل رگرسیون خطی از بین ۵ متغیر دموگرافیک (سن، درصد جانبازی، نوع جانبازی، وضعیت رزمندگی و شغل) تنها عامل تعیین کننده رفتار ارتقاء دهنده سلامت، نوع جانبازی بود. به طوری

را بیشتر از جانبازان شیمیایی-عصبی و جانبازان شیمیایی-فیزیکی انجام می دادند.

از نظر مقایسه بین زیر مقیاسهای رفتار ارتقاء دهنده سلامت در سطوح مختلف نوع جانبازی، بین نمره زیر مقیاس های استرس ($p=0.008$)، رشد معنوی ($p=0.006$) و روابط بین فردی ($p=0.012$) با نوع جانبازی رابطه معنی دار وجود داشت. بطوریکه میانگین نمره زیر مقیاس استرس در جانبازان شیمیایی در مقایسه با جانبازان شیمیایی-عصبی ($p=0.004$) و جانبازان شیمیایی-فیزیکی ($p=0.012$) اختلاف معنی داری داشته و جانبازان شیمیایی استرس کمتری را نسبت به جانبازان شیمیایی-عصبی و جانبازان شیمیایی-فیزیکی تجربه می کردند. از نظر روابط بین فردی بین جانبازان شیمیایی در مقایسه با جانبازان شیمیایی-عصبی ($p=0.005$) و جانبازان شیمیایی-فیزیکی ($p=0.013$) اختلاف معنی داری وجود داشت و جانبازان شیمیایی نسبت به دو گروه دیگر جانبازان روابط بین فردی بیشتری داشتند. همچنین بین میانگین نمره زیر مقیاس رشد معنوی جانبازان شیمیایی در مقایسه با جانبازان شیمیایی-عصبی ($p=0.002$) اختلاف معنی داری

جدول ۲. میانگین (انحراف معیار) رفتار ارتقاء دهنده سلامت و ابعاد شش گانه آن در سطوح مختلف متغیرهای دموگرافیک کیفی

متغیرهای دموگرافیک	رفتار ارتقاء دهنده	مسئولیت پذیری سلامتی	فعالیت فیزیکی	تغذیه	مدیریت استرس	روابط بین فردی	رشد معنوی
درصد جانبازی	$\leq 25\%$	۲/۵۱(۰/۶۰)	۱/۹۱(۰/۶۲)	۲/۵۸(۰/۵۰)	۲/۴۶(۰/۴۸)	۲/۷۵(۰/۵۱)	۲/۸۰(۰/۶۴)
	۳۰٪	۲/۵۳(۰/۶۶)	۱/۹۲(۰/۵۷)	۲/۵۹(۰/۴۷)	۲/۴۷(۰/۵۷)	۲/۸۲(۰/۵۹)	۰/۸۴(۰/۵۸)
	۳۵٪	۲/۳۷(۰/۶۶)	۱/۷۳(۰/۵۸)	۲/۵۵(۰/۴۲)	۲/۳۱(۰/۴۸)	۲/۷۸(۰/۵۷)	۲/۸۳(۰/۷۰)
	$\geq 40\%$	۲/۵۷(۰/۵۳)	۲/۱۱(۰/۵۱)	۲/۵۹(۰/۴۷)	۲/۴۹(۰/۵۳)	۲/۶۱(۰/۶۶)	۲/۸۲(۰/۶۴)
نوع جانبازی	شیمیایی	۲/۵۸(۰/۴۳)	۲/۰۲(۰/۶۲)	۲/۶۴(۰/۴۷)	۲/۵۶(۰/۵۰)	۲/۸۸(۰/۵۷)	۲/۹۳(۰/۵۶)
	شیمیایی فیزیکی	۲/۳۸(۰/۳۶)	۲/۲۵(۰/۵۴)	۲/۵۹(۰/۵۰)	۲/۳۱(۰/۴۴)	۲/۶۰(۰/۵۲)	۲/۷۳(۰/۵۸)
	شیمیایی عصبی	۲/۴۰(۰/۴۰)	۲/۵۳(۰/۶۵)	۲/۵۰(۰/۴۸)	۲/۳۶(۰/۵۲)	۲/۶۶(۰/۵۳)	۲/۶۵(۰/۶۵)
	شیمیایی فیزیکی عصبی	۲/۶۶(۰/۴۸)	۲/۷۴(۰/۵۵)	۱/۹۹(۰/۶۲)	۲/۶۷(۰/۵۴)	۲/۸۶(۰/۵۸)	۳/۱۱(۰/۷۶)
وضعیت رزمندگی	بسجی	۲/۴۶(۰/۴۱)	۲/۵۰(۰/۶۵)	۱/۷۶(۰/۵۹)	۲/۴۲(۰/۵۳)	۲/۷۳(۰/۵۴)	۲/۸۱(۰/۶۱)
	نظامی	۲/۴۸(۰/۴۰)	۲/۴۰(۰/۵۴)	۲/۱۱(۰/۵۰)	۲/۶۰(۰/۴۵)	۲/۶۶(۰/۵۶)	۲/۸۱(۰/۶۱)
	سرباز وظیفه	۲/۵۰(۰/۴۶)	۲/۵۳(۰/۶۱)	۱/۹۷(۰/۵۹)	۲/۵۰(۰/۵۲)	۲/۸۰(۰/۵۵)	۲/۸۱(۰/۶۷)
	سایر	۲/۶۲(۰/۴۰)	۲/۸۰(۰/۴۹)	۲/۴۳(۰/۳۵)	۲/۶۱(۰/۵۵)	۳/۱۳(۰/۵۵)	۲/۸۰(۰/۶۲)
شغل	کشاورز	۲/۴۵(۰/۴۷)	۲/۵۱(۰/۸۰)	۱/۸۶(۰/۷۳)	۲/۴۴(۰/۴۲)	۲/۶۷(۰/۵۷)	۲۹/۷۹(۰/۵۷)
	کارمند	۲/۵۱(۰/۴۰)	۲/۵۱(۰/۶۳)	۱/۹۷(۰/۵۸)	۲/۵۴(۰/۴۷)	۲/۸۰(۰/۵۲)	۲/۸۸(۰/۶۰)
	مشاغل آزاد	۲/۴۹(۰/۴۲)	۲/۵۳(۰/۴۶)	۱/۸۸(۰/۶۵)	۲/۵۶(۰/۵۸)	۲/۸۵(۰/۵۴)	۲/۷۶(۰/۶۵)
	مستمری بگیر	۲/۵۰(۰/۴۲)	۲۹/۵۷(۰/۶۲)	۱/۸۹(۰/۵۹)	۲/۶۴(۰/۴۶)	۲/۴۹(۰/۵۲)	۲/۷۹(۰/۶۶)

سن، درصد جانبازی، وضعیت رزمندگی و شغل، تبیین کننده رفتار ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان شیمیایی نبود. بر اساس ضرایب

که این عامل تنها ۲/۹ درصد تغییرات رفتار ارتقاء دهنده سلامت را در جانبازان تبیین می نماید. سایر متغیرهای دموگرافیک از جمله

مدل رگرسیونی از بین انواع مختلف جانبازی، نوع جانبازی شیمیایی - عصبی ($\beta = -0.19$)، بیشترین تأثیر را در کاهش انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت داشت ($p = 0.008$). از آنجائی که ضریب تبیین مدل برای رفتار ارتقاء سلامت بسیار پایین بود، لذا مدل های رگرسیونی، جهت تعیین عوامل پیشگویی کننده ابعاد مختلف این رفتار بررسی نشدند.

بحث

با توجه به یافته های مطالعه می توان نتیجه گرفت که رفتار ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان شیمیایی پایین تر از حد متوسط بوده و وضعیت نامطلوبی دارد، به ویژه رفتار فعالیت بدنی که یکی از زیر مقیاس های رفتار ارتقاء دهنده سلامت است، بدترین وضعیت را داشته و زیر مقیاس رشد معنوی بیشترین رفتار ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان شیمیایی بود. رفتار ارتقاء دهنده سلامت تحت تأثیر نوع جانبازی قرار می گرفت، به طوری که جانبازان شیمیایی - عصبی و شیمیایی - فیزیکی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را به طور معنی داری ضعیف تر از سایر جانبازان انجام می دادند. علاوه بر این، بین زیر مقیاس های رفتار ارتقاء دهنده سلامت با پاره ای از متغیرها نیز ارتباط وجود داشت، بطوریکه رفتار فعالیت بدنی با وضعیت رزمندگی و سن در ارتباط بود. همچنین کمترین میزان رفتار فعالیت بدنی مربوط به جانبازان بسیجی بوده که ممکن است به دلیل نوع جانبازی (ترکیبی بودن نوع جانبازی) و سن بالاتر آنها باشد. زیر مقیاس رشد معنوی، روابط بین فردی و استرس، با نوع جانبازی در ارتباط بوده است، بطوریکه کلیه این زیر مقیاسها در جانبازان شیمیایی - عصبی وضعیت نامطلوب تری داشتند.

به طور کلی میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان مورد مطالعه ۱۲۹/۲۹ بود که در مقایسه با مطالعه کالاکان در سالمندان (میانگین نمره رفتارهای ارتقاء دهنده ۱۳۹/۳۳) از سطح پایینی برخوردار بوده است (۱۵). اما در مطالعه مروتی شریف آباد (۱۹) و آکتون (۲۰) که بر روی سالمندان و مراقبین خانواده انجام شده بودند نیز نمره ارتقاء سلامت مشابه مطالعه اخیر پایین گزارش شده است. میانگین سنی جانبازان $51/17 \pm 8/87$ بوده و متغیر سن در این مطالعه عامل تأثیر گذار بر کاهش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نبود که این یافته با نتایج مطالعه کامیل جهت بررسی اثرات عوامل دموگرافیک، فرآیند بیماری و نوع حمایت اجتماعی بر سطح کیفیت زندگی جانبازان همخوانی دارد (۲۱). در مطالعه کامیل بجز شرایط مسکن هیچ یک از خصوصیات دموگرافیک جانبازان با کیفیت زندگی آنها ارتباطی نداشت. بنابراین می توان نتیجه گرفت که در جانبازان نه به دلیل کهولت بلکه به

علت عوارض متعدد مربوط به جانبازی اختلال در انجام این رفتارها ایجاد شده است.

از بین زیر مقیاس های رفتار ارتقاء دهنده سلامت، رفتار فعالیت بدنی کمترین نمره را داشته که این یافته مشابه نتایج حاصل از اکثر مطالعات بود (۱۵، ۱۶، ۱۹-۲۴) و این موضوع نشان دهنده همه گیر بودن کم تحرکی در اقشار مختلف جامعه بویژه افراد با نقایص و مشکلات مزمن می باشد. لذا جهت ارتقاء کیفیت زندگی افراد بویژه جانبازان توجه به این مهم ضروری بوده و برنامه ریزی های دقیقی در این زمینه لازم است.

از نظر رشد معنوی، جانبازان بیشترین نمره را به خود اختصاص داده بودند که این یافته مشابه نتایج مطالعه کالاکان (۱۵)، چا (۲۳) و سالیر (۱۶) می باشد. شاید این موضوع به این جهت باشد که افراد با بیماریهای مزمن از جمله افراد سالمند و نیز جانبازان به دلیل عوارض متعدد برای کاهش مشکلات خود به روش های معنوی توسل می جویند که می تواند موجب ارتقاء این بعد از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت آنها شود. بنابراین توجه به معنویات در جانبازان بویژه جانبازان شیمیایی - عصبی به عنوان روشی برای ارتقاء کیفیت زندگی آنها باید مورد توجه قرار گیرد.

همچنین جانبازان در مطالعه حاضر به دلیل مشکلات جسمی و روانی متعدد روابط بین فردی محدودی داشتند که این نتیجه با یافته های مطالعه پورتر که با هدف بررسی موانع سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در میان جانبازان با مشکل فشار خون کنترل نشده در آمریکا انجام شده بود همخوانی دارد (۲۵). روابط بین فردی پایین باعث فشارهای روحی روانی بیشتری در این افراد شده و نیز باعث ایجاد عوارض متعددی در این گروه از جانبازان می شود و شاید اثرات نامطلوبی بر سایر جنبه های زندگی آنها ایجاد نماید. مهمترین عامل تعیین کننده رفتار ارتقاء دهنده سلامت در این مطالعه نوع جانبازی بود، به طوری که جانبازان دارای نوع جانبازی شیمیایی - عصبی کمترین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را انجام می دادند که این یافته با مطالعه بهدانی و همکاران (۲۶) جهت بررسی فراوانی علایم روانپزشکی در جانبازان جسمی و شیمیایی همخوانی دارد. بنابراین مشکلات و عوارض متعدد عصبی و تا حدودی جسمی در جانبازان عامل مهمی در کاهش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و متعاقب آن افت کیفیت زندگی در آنان می باشد. از محدودیتهای این مطالعه بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به صورت خودگزارشی بوده که طبیعتاً اشکالات مرتبط با کسب اطلاعات به روش خودگزارشی را دارد. همچنین تعدادی از جانبازان به دلیل وضعیت نامناسب جسمانی و تنفسی قادر به پاسخگویی سؤالات به صورت فردی نبوده و با کمک پژوهشگر سؤالات پاسخ داده می شد، که این کار بسیار وقت گیر بوده (خصوصاً برای

هرچه بیشتر نمودن برنامه ها و مشاورهای فردی و خانوادگی برای این عزیزان در این زمینه ها اقدام نماید. از آنجائی که تاکنون مطالعات اندکی در این زمینه بر روی جانبازان شیمیایی انجام شده است، محققین قادر به مقایسه این یافته ها با مطالعات مشابه دیگر نبودند. لذا توصیه می گردد جهت بهبود کیفیت زندگی این گروه از افراد، مطالعات بیشتری در زمینه رفتارهای ارتقاء دهنده جانبازان دیگر استان های کشور انجام شده و از تئوری ها و مدل های تغییر رفتار جهت شناسایی عوامل روانشناختی مرتبط با این رفتارها استفاده گردد تا مداخلات موثرتری در این زمینه طراحی گردد.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل بخشی از یافته های کار تحقیقاتی مربوط به پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر می باشد. بدین وسیله از جانبازان عزیزی که با وجود مشکلات متعدد جسمی با صبر و حوصله در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند و همچنین بنیاد شهید و امور ایثارگران استان ایلام، معاونت پژوهشی این بنیاد و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر تشکر و قدردانی می گردد.

منابع

1. Jafari F, Guitynavard F, Soroish MR, Mousavi B. Quality of life in chemical war victims with sever pulmonary damage. Iranian J War Public Health. 2011;3(3):8-12. [Persian]
2. Mostafaloo A, Daneshmandi H, Rahmaninia F, Akbar M, Khosrojerdi S. Investigation the changes of respiratory parameters in chemical veterans in different body positions. Iranian J War Public Health. 2011;3(3):19-26. [Persian]
3. Safavi Mahboobeh M, Akbarnatabisheh K. Assessment of relationship quality of life and coping skills in spouses of chemical devotees with pulmonary complications due to sulfur mustard in Tehran in 2006. Daneshvar Med. 2010. [Persian]
4. Fathiashtiani A, Tavallaee SA, Azizabadi Farahani M, Moghani lankarani M. Association of Psychological Symptoms and Self Esteem in Chemical warfare agent Exposed Veterans. mil med j. 2008;9(4):273-82. [Persian]
5. Ahmadi K, Reshadatjoo M, Karami GR. Evaluation of PTSD in Sardasht survivors of chemical warfare. Urumia Med J. 2010;21(1):1-9. [Persian]
6. Mehdizadeh S, Salaree M, Ebadi A, Aslani J, Jafari VN. Health-related quality of life in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans. Iranian J Nurs Res. 2011;6(21):6-14. [Persian]

جانبازانی که مشکل شنوایی نیز داشتند) و روند تکمیل پرسشنامه ها را با کندی مواجه می نمود. بعلاوه، از آنجایی که مطالعات بسیار کمی در زمینه ابعاد شش گانه رفتارهای ارتقاء سلامت در جانبازان انجام شده مقایسه یافته های این مطالعه با سایر مطالعات بویژه در بعضی از ابعاد رفتار ارتقاء سلامت امکان پذیر نبود که ضرورت انجام مطالعات بیشتر در این زمینه را مشخص می نماید.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در جانبازان شیمیایی (خصوصاً با وجود وضعیت روانی-عصبی یا داشتن مجروحیت جسمی) وضعیت بسیار نامطلوبی داشته و در این بین رفتار فعالیت بدنی از دیگر رفتارها وضعیت نامناسب تر و رشد معنوی وضعیت مطلوبتری داشت. بنابراین، می توان عواملی را که باعث افزایش رشد معنوی در جانبازان می شود، شناسایی کرده و از نتایج آن برای انجام برنامه های آموزش سلامت جهت بهبود دیگر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (خصوصاً فعالیت بدنی) در این افراد و حتی به عنوان برنامه مداخله ای کشوری استفاده نمود. همچنین با توجه به سطح پایین فعالیت بدنی و مدیریت استرس در جانبازان، پیشنهاد می شود که بنیاد جانبازان کل کشور نسبت به

7. Najafi M, Mohammadifar M, Dabiri S, Erfani N, Kamary A. The comparison of the quality of life of the war veterans families with/without post traumatic stress disorder. Iranian J War Public Health. 2011;3(3):27-35. [Persian]
8. Khani H, Joharinia S, Kariminasab M, Ganji R, Azad ME, Shakeri M, et al. An evaluation of quality of life in amputee veterans in mazandaran. J North Khorasan Unive Med Sci. 2011;3(1):49-56. [Persian]
9. Mousavi B, Soroush MR, Montazeri A. Quality of life in chemical warfare survivors with ophthalmologic injuries: the first results form Iran Chemical Warfare Victims Health Assessment Study. Health Qual Life Outcomes. 2009;7:2. [Persian]
10. Ahmadi K, Nejati V. Evaluation of quality of life in psychiatric veterans of Isfahan. IJWPH. 2010;2(4):13-7. [Persian].
11. Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: a cross-sectional survey. Int J Nurs Stud. 2006 Mar;43(3):293-300.
12. Habibi Sola A, Nikpor S, Seiedoshohadaee M, Haghani H. Health promotion behaviors and Quality of life among elderly people. Ardabil Univ Med Sci. 2006;8(1):29-36. [Persian].
13. Ramaswamy M, Freudenberg N. Health promotion in jails and prisons: An alternative

paradigm for correctional health services. Public health behind bars: Springer; 2007. p. 229-48.

14. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 1996.

15. Callaghan DM. The influence of growth on spiritual self-care agency in an older adult population. J Gerontologic Nurs. 2006;32(9):43.

16. Salyer J, Sneed G, Corley MC. Lifestyle and health status in long-term cardiac transplant recipients Heart & Lung. J Acute Crit Care. 2001;30(6):445-57.

17. Kazis LE, Miller DR, Clark J, Skinner K, Lee A, Rogers W, et al. Health-related quality of life in patients served by the Department of Veterans Affairs: results from the Veterans Health Study. Archives Intern Med. 1998;158(6):626.

18. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987;36(2):76-81.

19. Morowati Sharifabad M, Ghofranipour F, Hidarnia A, Babaee Ruchi G. Modification of Health Promotion Model and Its Application Together With Adult Education Theory in Changing Health Promoting Behaviors of Older Adults in Yazd: School of Medicine Tarbiat Modares University; 2005. [Persian]

20. Acton GJ. Health-promoting self-care in family caregivers. Western J Nurs Res. 2002;24(1):73-86.

21. Yaziciog-Brevelu K, Duyan V, Karatas K, Ozgul A, Yilmaz B, Camur Duyan G, et al. Effects of sociodemographic characteristics, illness process, and social support on the levels of perceived quality of life in veterans. Mil med. 2006;171(11):1083-8.

22. Taymoori P, Falhahi A, Esmailnasab N. Application of the Health Promotion Model in Studying Physical Activity Behavior of Students in Sanandaj, Iran. J School Public Health Inst Public Health Res. 2011;9(1):35-46. [Persian]

23. Cha C. Health promotion and related factors among Korean goose mothers. Asian Nurs Res. 2010;4(4):205-15.

24. Motlagh Z, Mazloomi-Mahmoodabad S, Momayyezi M. Study of Health-promotion behaviors among university of medical science students. Zahedan J Res Med Sci. 2011;13(4):29-34. [Persian]

25. Porter TZ, Stotts D, Stanley K, Terry J. Discovering The Barriers To Health-promoting Lifestyles Among Appalachian Veterans With Uncontrolled Hypertension: College of Marshall University; 2005.

26. Behdani F, MR FB, Hebrani P, Talebi M, Kohestani L. Psychiatric symptoms in chemical and somatic combat veterans. MilMed J. 2009;11(1):11-2. [Persian]